

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ**

РАЗРЕШЕНО Минздравом РБ для ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
регистрационный номер 14-0001

Метод профилактики и лечения невынашивания беременности
у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью с помощью
акушерского разгружающего пессария.

Обоснование.

Невынашивание беременности является актуальной проблемой современного акушерства. Это объясняется тем, что недоношенность служит основной причиной смертности среди новорожденных, так два из трех случаев смерти ребенка в перинатальном периоде связаны с его функциональной незрелостью. Сложность решения проблемы невынашивания объясняется увеличением числа женщин, относящихся к группе высокого риска. В настоящее время по данным Т.Ю. Пестрикова к данному контингенту относятся от 30% до 80% беременных. Именно в этой группе перинатальная заболеваемость и смертность достигает 75%-80%. В Белоруссии за 1998 год по данным С.Э. Сорокина интранатальная смертность (рассчитанная к общему количеству плодов, живых перед началом родовой деятельности) в группе недоношенных плодов составила 24,6‰, у плодов с массой тела 500-999г- 259,4‰, превышая этот показатель у доношенных плодов (0,7‰) соответственно в 35,1 и 370,6 раза. Срок гестации оказывает решающее влияние на уровень ранней неонатальной смертности. В сроке беременности 22-27 недель (при массе плода 500-999г) она составила 497,2‰, при массе тела 1000-1499г - 168,2‰, в целом у недоношенных - 61,55‰, у доношенных- 0,5‰.

В сложившейся демографической обстановке чрезвычайно важным является поиск и внедрение в практику эффективных этиологически обоснованных мер профилактики и лечения невынашивания беременности. Среди множества факторов, приводящих к досрочному прерыванию беременности, заметное место занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Удельный вес данной патологии у пациенток с невынашиванием во втором и третьем триместрах составляет от 30% до 40%. Исход беременности для ребенка в этом сроке крайне неблагоприятен из-за выраженной функциональной незрелости. В настоящее время достаточно хорошо изучены причины и условия возникновения данной патологии, среди которых выделяют травматические, а также функциональные врожденные и приобретенные дефекты шейки матки. На основании причины развития ИЦН выделяют травматическую и функциональную цервикальную недостаточность. Травматическая ИЦН возникает вследствие неполноценного заживления повреждений шейки матки при внутриматочных манипуляциях или травмах в родах. Функциональная ИЦН является результатом изменения соотношения между мышечной и соединительной тканью и как следствие этого патологических реакций шейки матки на нейроэндокринные раздражители.

Механизм прерывания беременности при ИЦН не зависит от типа недостаточности и состоит в том, что в связи с укорочением и размягчением шейки матки, зиянием внутреннего зева и цервикального канала плодное яйцо не имеет физиологической опоры в нижнем сегменте. При увеличении внутриматочного давления (рост массы плода и околоплодных вод) на область функционально недостаточного нижнего сегмента матки и внутреннего зева происходит выпячивание плодных оболочек в канал шейки, они инфицируются и вскрываются. Традиционный метод коррекции ИЦН путем наложения шва на шейку матки имеет ряд недостатков значительно снижающие его эффективность. Данному вопросу посвящена обширная отечественная и зарубежная литература.

Следует отметить, что значительно меньше внимания уделяется лечению и профилактики невынашивания беременности у пациенток с ИЦН с помощью различных акушерских пессариев. Сравнительная оценка хирургического и атравматического серкляжа с помощью пессариев проведенная Forster F. at.al показывает высокую эффективность и определенные преимущества последнего.

Авторы отмечают, что этот метод не только существенно снизил детскую смертность, но и значительно сократил время пребывания женщин в больнице и

длительность потери трудоспособности. Широкое использование пессариев позволило практически отказаться от хирургической коррекции ИЦН, если же она проводилась то пессарий накладывался для профилактики несостоятельности швов. Существенное уменьшение числа преждевременных родов (до 3% и менее) отмечено в различных клиниках Берлина после широкого внедрения в практику поддерживающих пессариев. Анализ литературных данных и результатов собственного проспективно-рандомизированного исследования позволил сделать вывод о равнозначности двух методов лечения ИЦН – хирургического и с помощью пессариев. Вместе с тем, существенным преимуществом последнего является простота и доступность метода, возможность избежать оперативного вмешательства и связанных с ним осложнений. Широкое применение метода коррекции ИЦН с помощью акушерского разгружающего пессария в группах высокого риска невынашивания беременности с целью профилактики и лечения цервикальной недостаточности позволит снизить перинатальные потери за счет уменьшения числа глубоко недоношенных новорожденных.

Показания к применению акушерского пессария

1. Истмико-цервикальная недостаточность функционального и органического генеза, в том числе для профилактики несостоятельности шва при хирургической коррекции ИЦН.
2. Профилактика невынашивания беременности в группе высокого риска развития ИЦН.
3. Женщины, имеющие в анамнезе выкидыши в поздних сроках, преждевременные роды, страдающие привычным невынашиванием.
4. Генитальный инфантилизм, наступление беременности после продолжительного срока бесплодия, возрастные и юные беременные, женщины с нарушениями функции яичников.
5. Женщины с угрозой невынашивания настоящей беременности, в сочетании с прогрессирующими изменениями шейки матки, а так же проживающие в сельской местности или занимающиеся физическим трудом.
6. Пациентки с рубцовой деформацией шейки матки.
7. Женщины с многоплодной беременностью

Противопоказания

1. Данный метод не следует использовать при наличии заболеваний, при которых противопоказано пролонгирование беременности.
2. При рецидивирующих кровянистых выделениях из половых путей во 2-3 триместрах.
3. При обнаружении воспалительных заболеваний влагалища, шейки матки, наружных половых органов требуется предварительная санация с последующим бактериологическим контролем.
4. Как основной метод лечения цервикальной недостаточности акушерский разгружающий пессарий не следует использовать при выраженных степенях ИЦН (пролабировании плодного пузыря).

Перечень необходимого оборудования.

- Акушерские разгружающие пессарии трех размеров (1-3).
- Набор оборудования и инструментария необходимого для гинекологического осмотра.

Описание акушерского пессария

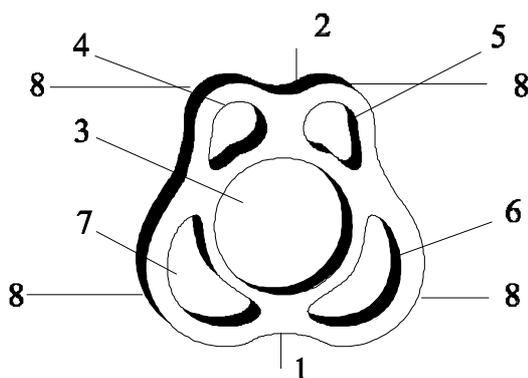


Рис. 1. Общий вид акушерского pessария

Представленный pessарий однократного пользования изготовлен из сверхчистого, биологически инертного полиэтилена высокого давления, имеет большое основание (1), которое обращено в сторону прямой кишки, малое основание (2), прилегающее к донному сочленению. Их вогнутая поверхность препятствует сдавлению прямой кишки и мочевого пузыря. Центральное отверстие (3), предназначенное для шейки матки, расположено эксцентрично, ближе к большому основанию, центр его находится строго на переднезадней оси. По периферии от центрального отверстия расположены дополнительные (4, 5, 6, 7) отверстия для оттока влагалищного секрета. Все углы pessария закруглены полукольцами (8). Боковые края закруглены. Между отверстиями имеются перемычки, обеспечивающие жесткость конструкции. Поверхность pessария гладкая, легко подвергается дезинфекции и стерилизации (ОСТ 42-21-2-85).

Механизм действия

Защитное действие pessария может быть представлено следующим образом

1. Замыкание шейки матки стенками центрального отверстия pessария.
2. Частичная передача внутриматочного давления на переднюю стенку матки вследствие вентрально-косого положения pessария и сакрализации шейки приводит к уменьшению нагрузки на несостоятельную шейку вследствие перераспределения давления плодного яйца на тазовое дно.
3. Формирование укороченной и частично открытой шейки матки.
4. Сохранение слизистой пробки и снижение половой активности позволяет уменьшить вероятность инфицирования.
5. Защита нижнего полюса плодного яйца благодаря совокупности действующих компонентов.
6. Улучшение психоэмоционального состояния пациентки

.Выбор размера pessария и техника введения.

Pessарии выпускаются трех типов, отличающихся геометрическими размерами. Выбор конкретного типа (размера) зависит от индивидуальных анатомических особенностей органов половой сферы пациентки (табл. 2).

Таблица 2. Рекомендации по выбору типа (размера) pessария

| Размер верхней трети влагалища (мм) | Диаме тр шейки матки (мм) | На личие родов в анамнезе | Ти п п пessария |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 55-65 | 25-30 | мен ее 2 | 1 |

| | | | |
|-------|-------|-----------|---|
| 66-75 | 25-30 | менее 2 | 2 |
| 76-85 | 30-37 | 2 и более | 3 |

Диагностика ИЦН

Для своевременной диагностики ИЦН следует использовать системы балльных оценок состояния шейки матки (табл. 3, 4) и данные ультразвукового исследования.

Таблица 3. Балльная оценка степени ИЦН по шкале Штембера

| Клинический признак | Оценка в баллах | | |
|-------------------------------------|------------------|-----------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Длина влагалищной части шейки | норма | укорочена | менее 1,5 |
| Состояние цервикального канала | закрыт | частично проходима | пропускает палец |
| Расположение шейки матки | сакральное | центральное | направлена кпереди |
| Консистенция шейки матки | плотная | размягчена | мягкая |
| Расположение прилежащей части плода | над входом в таз | прижата к входу в таз | сегментом во входе в таз |

Число баллов от 5 и более требует коррекции ИЦН.

Таблица 4. Балльная оценка степени ИЦН

| Длина шейки матки | | Цервикальный канал | | Консистенция | | Истмус по УЗИ | |
|-------------------|---|---------------------|---------------------------------|--------------|--------|---------------|---------------|
| 1 | 1 | наружный зев закрыт | наружный зев пропускает 1 палец | плотная | мягкая | менее 0,9 см | 0,9 см и выше |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |

При сумме баллов 5 и более показана коррекция (5).

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ИЦН БЕРЕМЕННОСТИ (ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА)

1. Длина шейки матки, равная 3 см, является критической у перво- и повторно беременных при сроке беременности менее 20 недель и требует интенсивного наблюдения за женщиной с отнесением ее в группу риска. Длина шейки матки 2 см и менее является абсолютным критерием ИЦН и требует лечения. У многорожавших женщин на ИЦН указывает укорочение шейки матки в 17-20 недель до 2,9 см (12).
2. Диаметр цервикального канала 1 см и более при сроках беременности до 21 недели свидетельствует о цервикальной недостаточности.
3. Отношение длины к диаметру шейки матки на уровне внутреннего зева менее 1,16 является критерием ИЦН (7).
4. Пролабирование плодного пузыря с деформацией внутреннего зева характерно для ИЦН. Наиболее неблагоприятной считается V-образная деформация внутреннего зева (11).
5. Расширение цервикального канала на 0,2 см и более в сочетании с 4 и более маточными сокращениями в час является диагностическим критерием цервикальной недостаточности. Имеются сообщения, что в группах женщин высокого риска по невынашиванию маточные сокращения длительностью 88-90 секунд с высокой степенью достоверности сочетались с расширением внутреннего зева на 1,1 см у первобеременных и 1,3 см у повторнобеременных (21).
6. Изменения эхоструктуры шейки матки (мелкие жидкостные включения и яркие штриховые эхосигналы) свидетельствуют о гемодинамических изменениях в сосудах шейки матки и могут являться начальными признаками недостаточности шейки матки (1).
7. При оценки информативности длины шейки матки необходимо учитывать способ ее измерения. Результаты трансабдоминального УЗ исследования достоверно отличаются от результатов трансвагинального и превышают их в среднем на 0,5 см (14).

У большинства женщин группы высокого риска невынашивания беременности акушерские пессарии могут быть применены с целью профилактики цервикальной недостаточности. Как лечебное средство, пессарий может быть использован практически во всех случаях ИЦН, в том числе для профилактики несостоятельности шва при любом сроке беременности.

ВВЕДЕНИЕ ПЕССАРИЯ

Введение пессария можно разделить на два этапа.

1. Этап. После осмотра женщины при опорожненном мочевом пузыре расположите пессарий у входа во влагалище вертикально. Введите нижнее полукольцо широкого основания во влагалище. Затем, надавливая на заднюю стенку влагалища, введите верхнее полукольцо широкого основания. После этого полностью введите пессарий во влагалище.

2. Этап. В широкой части малого таза разверните пессарий в косопоперечной плоскости по отношению к продольной оси тела пациентки. Широкое основание сместить в задний свод влагалища, при этом малое основание должно располагаться под лонным сочленением, а шейка матки - в центральной отверстии пессария.

Благодаря форме пессария и особенностям трофики тканей влагалища во время беременности вероятность развития пролежней сводится к минимуму.

Методика установки проста, не требует анестезии, легко переносится пациентками. В качестве скользящего средства следует использовать глицерин. Возможно, введение пессариев, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. При повышенной возбудимости матки следует за 30-40 минут до введения рекомендовать прием спазмолитиков в общепринятых дозировках.

Извлечение пессария.

В плановом порядке акушерский разгружающий пессарий извлекают при достижении 37-38 недель беременности, как в условиях стационара, так и амбулаторно. Извлекается пессарий легко и безболезненно. При повышенной возбудимости матки следует предварительно рекомендовать прием спазмолитиков в общепринятых дозировках. После извлечения пессария целесообразна санация половых путей в зависимости от характера микрофлоры влагалища.

Ряд клинических ситуаций требует досрочного удаления пессария:

1. Необходимость экстренного родоразрешения;
2. Несвоевременное излитие околоплодных вод (назначить антибиотики);
3. Развитие родовой деятельности (в родах пессарий извлекается без затруднений);
4. Явление хориоамнионита.

Возможно, но не рекомендуется удаление пессария самой женщиной.